Eenzaamheid komt en gaat met de tijd

Effecten van veranderingen in het sociale netwerk en in gezondheid van 55-plussers op hun mate van eenzaamheid[1]

Jenny de Jong Gierveld en Pearl A. Dykstra

Summary

Loneliness comes and goes; unraveling the impact of changes in the network of social relationships and changes in the health of older adults.

The purpose of the present study was to examine the implications of changes in the network and changes in health for loneliness in old age. Respondents were 2895 men and women ranging in age from 55 to 89. All were interviewed in 1992 and in 1993 in a face-to-face setting. The results of the panel study indicate that changes in the network and in health were associated with 'appropriate' changes in loneliness. For example, those who lost their partner over the course of the year were more lonely at t_2, while those whose health improved became less lonely. However, contrary to expectations, when no changes in the network and in health were observed, the loneliness score still changed, and always in the direction of a reduction of loneliness. Several substantive and methodological explanations for the latter finding are discussed.

1. Inleiding

'Oud, eenzaam en verlaten'; zulke stereotypen zijn nog altijd verbonden aan het denken over oudere vrouwen en mannen. Dit ondanks het feit dat empirisch onderzoek keer op keer feiten aandraagt die het beeld over ouderen zouden moeten nuanceren. De samenhang tussen *leeftijd* en eenzaamheid is namelijk voor veel mensen verrassend: empirisch grootschalig survey-onderzoek in de Scandinavische landen, Noord-Amerika en Nederland heeft uitgewezen dat ouderen in principe niet intenser eenzaam zijn dan andere leeftijdscategorieën (Andersson, 1982; De Jong Gierveld, 1984; Radloff, 1982 [geciteerd uit Perlman, 1988]; Van Tilburg, 1988; Tornstam, 1992). Alleen de alleroudsten vormen een uitzondering op deze regel: van alle ouderen maken degenen die 75 jaar of ouder zijn, de meeste kans op het ervaren van eenzaamheid (Dean, 1962; De Jong Gierveld, Kamphuis & Dykstra, 1987; De Jong Gierveld &

Van Tilburg, 1995). Deze constatering kan niet los gezien worden van het feit dat ook juist de oudsten de meeste kans lopen geconfronteerd te worden met levensgebeurtenissen die eenzaamheid kunnen oproepen, zoals het verlies van intieme relaties en toenemende afhankelijkheid.

In deze studie willen we nader ingaan op de gevolgen van belangrijke levensgebeurtenissen voor de intensiteit van gevoelens van eenzaamheid onder ouderen. We nemen daarbij het levensloop-perspectief als uitgangspunt; longitudinaal onderzoek naar de betekenis van karakteristieken van de levensloop voor de ontwikkeling van eenzaamheid ontbreekt nog vrijwel geheel. Overigens heeft Perlman (1988) er terecht op gewezen dat er opmerkelijke verschillen bestaan in de typen determinanten die worden meegenomen in eenzaamheidsonderzoek onder respectievelijk *ouderen en jongeren.* In de studies onder jongeren richt men zich bijvoorbeeld meer op persoonlijkheidskenmerken en karakteristieken van de kinder- en schoolleeftijd. In studies naar eenzaamheid onder ouderen besteedt men veel meer aandacht aan situationele variabelen, zoals de *momentane* gezondheidstoestand, mobiliteit en transportmogelijkheden, de beschikbaarheid van verwanten in de directe omgeving en dergelijke. Vanuit een levensloop-perspectief bezien is echter niet uitsluitend de momentane toestand van betekenis, maar specifiek ook de situatie op (cruciale) tijdstippen uit het verleden. Zo is bijvoorbeeld kennis omtrent de startsituatie vóór verweduwing (zoals de op dat moment gerealiseerde vaardigheden en sociale netwerken) van cruciaal belang voor het begrijpen en verklaren van bepaalde karakteristieken een jaar na de datum van verweduwing. Wanneer we hier speciaal onze aandacht richten op eenzaamheid en op ontwikkelingen in de intensiteit van eenzaamheid, dan willen we bij de verklaring daarvan zowel de 'startsituatie' meenemen als belangrijke levensgebeurtenissen die zich vervolgens in de bestudeerde periode hebben voorgedaan. Cross-sectioneel onderzoek heeft inmiddels enig zicht geboden op de factoren die met eenzaamheid samenhangen. Nog onbekend is of deze factoren ook wijzigingen in de intensiteit van eenzaamheid in de tijd bepalen. Eveneens is onbekend of eenzaamheid van oudere mensen over de tijd heen verandert: wordt men met het verstrijken van de jaren steeds een beetje meer eenzaam?

Om deze vragen te beantwoorden maken we gebruik van de longitudinale dataset van het programma 'Leefvormen en Sociale Netwerken van ouderen' (NESTOR-LSN) en de daaraan gekoppelde LASA-data (Longitudinal Aging Study Amsterdam). We analyseren data van het eerste meetmoment in 1992 en van een tweede meetmoment ongeveer een jaar later.

Onderzoekers die wijzigingen in de intensiteit van eenzaamheid in de tijd, wensen te onderzoeken, dienen zich ervan te overtuigen dat het meetinstrument voor de bepaling van eenzaamheid robuust is over de tijd gezien. De zogenaamde meetinstrument-stabiliteit dient gecontroleerd te worden, evenals andere bronnen van mogelijke vertekeningen in de data. Het herhaaldelijk interviewen van mensen *kan* consequenties hebben voor het antwoordgedrag van betrokkene.

Voor de controle op de stabiliteit van meetinstrumenten in de tijd dient men idealiter drie meetmomenten ter beschikking te hebben. In deze studie is dat (voorlopig nog) niet het geval. We zullen ons hier daarom beperkten tot een case-study waarbij de werking van bepaalde methodische factoren wordt geëxploreerd.

De opbouw van deze studie is dan als volgt. In de eerste paragraaf geven we een beknopt overzicht van de recente literatuur over eenzaamheid en over de consequenties van longitudinaal onderzoek voor het antwoordgedrag van respondenten; tevens ontwikkelen we enkele hypothesen. In paragraaf 2 wordt de onderzoeksopzet beschreven en in paragraaf 3 starten we de analyses met gegevens zoals vastgelegd bij de eerste meting van het onderzoeksprogramma 'Leefvormen en Sociale Netwerken van ouderen' (NESTOR-LSN) in 1992. We bekijken de eenzaamheidsgegevens dan op cross-sectionele basis. We vervolgen de analyse met de vergelijking van de eenzaamheidsgegevens van het panel van ouderen en bezien of er een wijziging in eenzaamheidsintensiteit is opgetreden tussen het moment van de eerste ondervraging in 1992 en de tweede ondervraging in 1993. Meer in het bijzonder zullen we aandacht besteden aan de mogelijke samenhang tussen het hebben meegemaakt van een specifieke levensgebeurtenis in het tussenliggende jaar gegeven de kenmerken van de startsituatie in 1992, en de verandering in intensiteit van eenzaamheid. De afsluitende paragraaf 4 biedt een discussie van de onderzoeksresultaten en ideeën voor toekomstig onderzoek.

1.1. *Eenzaamheid; conceptualisering en operationalisering*

Empirisch onderzoek naar eenzaamheid is pas goed van de grond gekomen in de periode na 1970. In het Angelsaksische taalgebied hebben Perlman en Peplau (1981) een geslaagde poging ondernomen het verschijnsel eenzaamheid te onderzoeken. Zij startten vanuit een cognitief-theoretische benadering en definieerden eenzaamheid als volgt: 'Loneliness is the unpleasant experience that occurs when a person's network of social relations is deficient in some important way, either quantitatively or qualitatively: and although loneliness may at times reach pathological proportions, we are mostly concerned with normal ranges of loneliness among the general public' (pp. 31-32). Deels in navolging van Perlman en Peplau formuleerden Margulis, Derlega en Winstead (1984) de navolgende omschrijving van eenzaamheid: 'We believe that the experience of loneliness derives from a sense of being cut off from meaningful relationships. Inevitably, then, loneliness depends on the relationships, real or imagined, that lonely persons miss; and, in order to understand loneliness, we must study these relationships whose absence is a necessary condition for loneliness to occur' (p. 135).

Ook in Nederland was gewerkt aan de conceptualisering en definiëring van eenzaamheid (De Jong Gierveld, 1980). De Jong Gierveld houdt een breder concept van eenzaamheid aan dan in de hiervoor genoemde traditie het geval is. Naast een cognitief element – de ervaring van een discrepantie tussen het aantal en de kwaliteit van de sociale relaties zoals gerealiseerd door een persoon en de relaties zoals gewenst – wordt een meer evaluatief element aangehouden. De omschrijving van eenzaamheid laat zich dan als volgt vastleggen: 'het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Eenzaamheid omvat zowel een als onplezierig of ontoelaatbaar ervaren tekort aan gerealiseerde contacten, als het feit dat bepaalde relaties een zekere mate van intimiteit, zoals gewenst, niet bereiken. Het gaat daarbij om een verschil tussen de gerealiseerde contacten met andere mensen en de contacten zoals men die voor zichzelf zou wensen' (De Jong Gierveld, 1984, p. 45).

Zowel door Russell en collega's (1980, 1982) als door De Jong Gierveld en collega's werden vervolgens meetinstrumenten geconstrueerd om eenzaamheid te bepalen via grootschalig survey-onderzoek (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1987): respectievelijk de UCLA-schaal en de De Jong Gierveld-schaal. Beide schalen zijn frequent ingezet voor onderzoek naar eenzaamheid in respectievelijk de USA en in Nederland (voor een nadere uitwerking van de schaal van De Jong Gierveld, zie hierna). De psychometrische kwaliteiten van beide schalen zijn reeds onderwerp geweest van vergelijkende studies (Gerritsen & De Jong Gierveld, 1995; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1992). De vergelijkende analyses leverden het volgende beeld: de betrouwbaarheid α van zowel de Amerikaanse (UCLA-)schaal als de Nederlandse schaal is als regel duidelijk hoger dan 0,80; dit geldt voor de Nederlandse schaal ook wanneer verschillende deelpopulaties van ondervraagden worden vergeleken. De schalen blijken in meta-onderzoek redelijk robuust, betrouwbaar en valide te zijn (De Leeuw, 1992; Van Tilburg & De Leeuw, 1991).

1.2. *Determinanten van eenzaamheid*

Cross-sectioneel empirisch onderzoek naar de determinanten van eenzaamheid onder ouderen heeft uitgewezen dat verschillen in de intensiteit van eenzaamheidsgevoelens samenhangen met onder andere verschillen in *omvang en de samenstelling van het sociale netwerk.* De mate van sociale integratie in het brede netwerk van familieleden, vrienden, collega's, buurt, kerk en verenigingen wordt als belangrijke invalshoek genoemd voor het sociale welbevinden (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1995; Weiss, 1973). Het gaat vooral om het deelnetwerk van die personen met wie men *frequent* contacten onderhoudt en die veel voor de betrokkene betekenen; in dit kader blijkt met name het aantal genoemde personen van belang alsook de hoeveelheid emotionele en instrumentele steun die onderling wordt uitgewisseld (Dykstra, 1990). Daarbij wordt ervan uitgegaan dat – afhankelijk van de kwaliteit van de relatie – partners elkaar intimiteit en emotionele en instrumentele ondersteuning kunnen bieden. Het ontbreken van intimiteit in de contacten van het primaire netwerk en de afwezigheid van een partner vergroten de kans op het ontstaan van emotionele eenzaamheid (Dykstra, 1990, 1995; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1987, 1995; Lee & Ishii-Kuntz, 1987; Lopata, 1980; Mullins, Johnson & Andersson, 1987; Stevens, 1990; Tunstall, 1966; Weiss, 1973). In kwalitatief onderzoek dat zich richt op het onderzoeken van levensgeschiedenissen van mensen en de betekenis van life events voor het ontstaan en voortbestaan van eenzaamheid, blijkt ook keer op keer dat mensen spontaan en expliciet het ontstaan van eenzaamheid koppelen aan negatieve levensgebeurtenissen op het terrein van de relaties met anderen. Meest genoemd zijn dan: het verlies van de partner door de dood of door echtscheiding (De Jong Gierveld, 1984; Steemers-van Winkoop, 1986).

De samenhang tussen eenzaamheid en *sekse* is van complexe aard. Over het geheel genomen vertonen de verschillen in eenzaamheid tussen mannen en vrouwen een niet erg duidelijk patroon. Onder de alleenwonende ouderen zijn de mannen gemiddeld sterker eenzaam

dan de vrouwen; onder de met een partner samenwonenden zijn gemiddeld de vrouwen wat sterker eenzaam dan de mannen (De Jong Gierveld, 1969, 1984).

Het merendeel van het hiervoor genoemde onderzoek is van cross-sectionele aard, dat helaas slechts beperkte mogelijkheden biedt wanneer het gaat om de interpretatie van verbanden en causale relaties. De samenhang tussen eenzaamheid en gezondheid is daarvan een voorbeeld. Mensen met een slechte gezondheid blijken vaak relatief eenzaam te zijn (Creecy, Berg & Wright, 1985; Dean, 1962; De Jong Gierveld, Kamphuis & Dykstra, 1987; Perlman, Gerson & Spinner, 1978; Stevens, 1989; Tunstall, 1966). Een van de mogelijke verklaringen is dat een slechte gezondheid restricties oplegt aan de mogelijkheden voor het aangaan en onderhouden van sociale contacten en daarmee eenzaamheid in de hand werkt. Een andere verklaring is dat een slechte gezondheid leidt tot een sterk beroep op zorg vanuit het netwerk. Niet vervulde wensen op dit terrein kunnen dan leiden tot eenzaamheid. Omgekeerd maakt een verklaring opgang dat eenzaamheid via een ongezonde leefstijl zou leiden tot fysieke handicaps en ziekte. Ten slotte is er de verklaring dat zowel eenzaamheid als een slechte gezondheid uitvloeisels zouden kunnen zijn van één achterliggende variabele, zoals een pessimistisch wereldbeeld. Longitudinaal onderzoek is nodig om de onderlinge verwevenheid van deze verklaringen te ontwarren.

Longitudinaal onderzoek naar eenzaamheid is tot nu toe gericht geweest op specifieke onderzoekspopulaties, zoals studenten die recent de overgang hebben meegemaakt van het ouderlijk huis naar de universiteit (Cutrona, 1982; Jones & Moore, 1987; Shaver, Furman & Buhrmeister, 1985), AIDS-patiënten (Nokes & Kendrew, 1990), alcoholici (Akerlind & Hörnquist, 1989) en verweduwden (Lund, Caserta & Dimond, 1993). Elk van de genoemde studies helpt ons verder bij het beter begrijpen van de relatie tussen situationele, gedrags- en mentale veranderingen die samenhangen met eenzaamheid. Zo leren we bijvoorbeeld uit de studies inzake de overgang naar de universiteit, dat het belang van bepaalde typen sociale contacten met de tijd kan wijzigen.

1.3. *Methodologische aspecten van longitudinaal onderzoek*

De *kwaliteit* van de gegevens die via vragenlijstonderzoek kunnen worden verkregen, is reeds lang voorwerp van studie. Welke garanties kunnen worden geboden in het vragenlijstonderzoek, opdat de antwoorden zoveel mogelijk gevrijwaard zullen zijn van systematische vertekeningen? In antwoord op deze vraag wordt wel verwezen naar de vier hoofdaspecten van het vragenlijstonderzoek. Garanties moeten worden geboden op elk van de vier hoofdaspecten van het vragenlijstonderzoek: het *kader* waarbinnen het onderzoek plaatsvindt; de inhoud en de vorm van de vragenlijst en de ontwikkelde *meetinstrumenten*; het *respondentengedrag*; en de *rol van de interviewers* (De Jong Gierveld en Van der Zouwen, 1987). Voor het evalueren van de kwaliteit van longitudinaal panel-onderzoek komt daarbij de vraag naar de *(in)stabiliteit* van de antwoorden van de respondenten. Daarbij zijn speciaal de aspecten: (a) meetinstrument-instabiliteit en (b) antwoordstijlen van respondenten van belang. Deze twee zijn overigens niet onafhankelijk van elkaar. Zo stelt Zaller (1992, pp. 582-583): 'people are using the question-

naire to decide what their attitudes are.' En Schwarz (1990, p. 275) stelt: 'response alternatives do not only 'constrain' the responses that respondents may provide to a particular question. Rather, the response alternatives may themselves serve as *a source of information* that respondents *actively* use in arriving at a judgment. Accordingly, they do not only affect the responses given to the particular question with which they are provided, but influence responses to subsequent questions as well.' Uit de onderzoekingen wordt duidelijk dat vooral die vragen die gericht zijn op het verzamelen van subjectieve ervaringen bijzonder gevoelig zijn voor beïnvloeding door allerlei 'sleutels' uit de vragenlijst en voor het herhaald gebruik in surveys. Dit betekent dat de verwoording van de vragen en de antwoord-categorieën, de structuur van de vragenlijst, alsmede de vragenvolgorde sturende invloed kunnen hebben op de antwoord-alternatieven zoals gekozen door de respondenten.

Wanneer mensen enkele malen achter elkaar worden ondervraagd, bestaat de kans dat de door hen gerapporteerde attitudes zich wijzigen alleen reeds door het feit van deze herhaalde benadering. Dit kan leiden tot een wijziging van het antwoordpatroon in de richting van een hogere consistentie van de set vragen. Dit zogenaamde 'Socrates-effect' is beschreven door Jagodzinski, Kühnel en Schmidt (1987): 'Questionnaire items referring to thematically related or logically interdependent issues appear to stimulate respondents to reflect on the relations between their attitudes, opinions, and behavior. At least, this is a plausible explanation for increased consistency of responses in second and subsequent waves of panel design.(...) The phenomenon labeled the 'Socratic effect' (McGuire, 1960) can also be subsumed under the general heading 'test-retest effect', since both effects occur only if the same measurement instruments are employed on multiple occasions' (p. 261). Het gaat om een 'leer'- of 'memory-effect', waarbij de respondenten bij de eerste ondervraging reeds betrokken zijn geraakt; als gevolg van deze extra interesse blijken hun antwoorden in volgende ondervragingsrondes meer consistent te zijn dan in de eerste ronde. Teneinde de kans op veranderingen op het onderwerp van onderzoek – als gevolg van bijvoorbeeld extern opgetreden factoren – te minimaliseren, mogen de tijdsperioden tussen de verschillende meetmomenten niet te lang zijn wil men van een Socrates-effect kunnen spreken.

We kunnen nu het doel van deze studie als volgt omschrijven: in aanvulling op de uitkomsten van cross-sectioneel onderzoek, willen wij hier de veranderingen in de intensiteit van eenzaamheid in de tijd volgen door eenzelfde groep van oudere mannen en vrouwen een tweede maal te ondervragen na een periode van ongeveer één jaar. Belangrijke levensgebeurtenissen op het domein van het sociale netwerk en van gezondheid zoals opgetreden in die tussenliggende periode zullen daarbij worden bestudeerd op hun consequenties voor de intensiteit van eenzaamheid op t_2. Daarbij hanteren we als eerste hypothese: het meemaken van een negatieve levenservaring in de periode van onderzoek in het sociale netwerk of op het gebied van de gezondheid zal leiden tot hogere eenzaamheidsscores op t_2 dan op t_1. De tweede hypothese luidt dan: het meemaken van een positieve levenservaring in het sociale netwerk of op het gebied van de gezondheid zal leiden tot lagere eenzaamheidsscores op t_2 dan op t_1. Wanneer de betrokken ouderen in de periode tussen t_1 en t_2 geen belangrijke levensgebeurtenissen hebben meegemaakt op het domein van het sociale netwerk en gezondheid, veronderstellen we dat

hun eenzaamheidsscore in principe vooral door een jaar veroudering zal worden beïnvloed met als gevolg een gelijk blijven of geringe stijging van de eenzaamheidsscore; we zullen deze uitspraak toetsen als hypothese drie. Tot belangrijke gebeurtenissen op het terrein van het sociale netwerk rekenen we een wijziging in de partner-status, dat wil zeggen het overlijden van de partner. Ook veranderingen in de omvang van het sociale netwerk, of veranderingen in de emotionele of instrumentele steun die van relaties uit het sociale netwerk worden ontvangen, zullen we in deze studie betrekken.

Uiteraard bestaat de mogelijkheid dat veranderingen in het sociale netwerk het gevolg zijn van veranderingen in gezondheid (Stoller & Pugliesi, 1990) en dat de uitkomst van beide de mate van eenzaamheid bepaalt. Zo kan het netwerk van een zieke die hulp mobiliseert, in omvang en intensiteit van ondersteuning toenemen. De ervaring dat hulp verkregen is toen deze nodig was, kan een vermindering van eenzaamheid tot gevolg hebben. Het kan ook anders lopen: gevraagde hulp wordt niet verkregen. Het niet voorzien van behoeften kan dan een intensivering van eenzaamheid tot gevolg hebben. Hoewel onze analyses niet expliciet ingaan op dergelijke interrelaties tussen gezondheid en kenmerken van het netwerk, wordt er toch rekening mee gehouden. In de multivariate analyses controleren we immers steeds voor de situatie op t_1 (zie verder voor details). Voordat we ons echter richten op het toetsen van deze hypothesen, zal eerst nagegaan worden of de meetinstrumenten voor de centrale concepten uit deze studie over de tijd bezien redelijk stabiel zijn.

2. Onderzoeksopzet

De huidige studie gebruikt longitudinale data van een representatieve steekproef uit de oudere bevolking van Nederland.

2.1. Respondenten

De gegevens die inzake het eerste meetmoment gebruikt zullen worden, zijn afkomstig van het survey over Leefvormen en Sociale Netwerken van Ouderen (NESTOR-LSN). In 1992 werden 4494 respondenten in de leeftijd van 55 tot en met 89 jaar mondeling geïnterviewd. Het betrof een gestratificeerde random steekproef afkomstig van de bevolkingsregisters van 11 gemeenten: Amsterdam en twee plattelandsgemeenten in de directe omgeving, een stad en twee plattelandsgemeenten in het Zuiden van het land en een stad en vier plattelandsgemeenten in het Oosten van het land. Het responspercentage bedroeg 61,7%, hetgeen voor een steekproef onder de 55-plussers niet onbevredigend genoemd kan worden (Bethlehem & Kersten, 1986; Herzog & Rodgers, 1988). In totaal werden 88 interviewers ingezet. De gemiddelde leeftijd van de ondervraagden was 72,8. Het merendeel van de ondervraagden woonde zelfstandig: 1298 (28,9%) vormden een eenpersoonshuishouden, 2582 (57,2%) woonden met een partner samen en 206 (4,6%) leefden in een meerpersoonshuishouden; in totaal 351

(7,8%) woonden in een verzorgings- of bejaardenhuis, of waren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.

De data van het tweede meetmoment zijn afkomstig van het LASA-programma (Longitudinal Aging Study Amsterdam). LASA zal de respondenten van het NESTOR-LSN programma – voorzover geboren tussen 1908 en 1937 – volgen tot het jaar 2000, teneinde veranderingen in het fysieke, emotionele, sociale en cognitieve functioneren te volgen. Het tijdsinterval tussen de twee metingen is gemiddeld 323 dagen. De huidige analyse is gebaseerd op de 2895 ondervraagden in de leeftijd van 55 tot 84 jaar (1398 mannen en 1497 vrouwen) waarvoor alle relevante gegevens op t_1 en t_2 beschikbaar zijn.

2.2. Vragenlijst

Eenzaamheid. Om de intensiteit van eenzaamheid te meten is gebruikgemaakt van de schaal ontwikkeld door De Jong Gierveld & Kamphuis (1985). De schaal bestaat uit zes negatief geformuleerde en vijf positief geformuleerde items. De positieve items meten gevoelens van cohesie, de negatieve items betreffen het gemis aan bepaalde relaties. Een voorbeeld van een negatief item is: 'Ik ervaar een gevoel van leegte om me heen'. Een voorbeeld van een positief item is: 'Ik kan altijd bij mijn vrienden terecht wanneer ik daar behoefte aan heb'. De schaal heeft een bereik van 0 (niet eenzaam) tot 11 (uiterst eenzaam). De betrouwbaarheid van de schaal voor deze studie is op t_1 α = rho = 0,81 en op t_2 α = rho = 0,82. De interne consistentie H van de schaal, gemeten volgens Mokkens procedure is op t_1 = 0,33 en op t_2 = 0,35.

Sociaal netwerk. De netwerken van personen met wie de respondenten voor hen belangrijke en frequente contacten onderhouden, zijn gevonden met een procedure gebaseerd op Cochran, Larner, Riley, Gunnarson en Henderson (1990). Er worden zeven typen relaties onderscheiden: mensen die hetzelfde huishouden delen; kinderen en schoonkinderen; andere verwanten; buren; relaties van het werk; contacten via organisaties, en overigen (bijvoorbeeld vrienden en kennissen). In elk van deze categorieën konden de respondenten namen opgeven van mensen (boven 18 jaar) met wie zij belangrijke en frequente contacten onderhouden. *De netwerk-omvang* is bepaald door sommatie van alle namen genoemd in deze zeven categorieën. Onder *partner-status* wordt geregistreerd de aan- dan wel afwezigheid van een partner van de ondervraagde in het sociaal netwerk. Voor maximaal 11 van de relaties uit het netwerk – voorzover niet de partner betreffend – zijn vragen over sociale steun voorgelegd aan de respondenten. De vragen betreffen onder andere de omvang van de ontvangen steun van respectievelijk instrumentele of van emotionele aard. De gemiddelde frequentie van de ontvangen *instrumentele en/of emotionele steun* binnen de maximaal 11 belangrijkste contacten is gebruikt; met een bereik van 0 (geen steun) tot 3 (veel steun).

Gezondheid. Voor gezondheid is hier de vraag gebruikt: 'Hoe is uw gezondheid in het algemeen?' De antwoordmogelijkheden van deze subjectieve gezondheidsmaat hebben een bereik van 1 (zeer slechte gezondheid) tot 5 (goede gezondheid).

2.3. Procedure

Eerst wordt de samenhang tussen leeftijd, sekse, partnerstatus en eenzaamheid op t_1 bestudeerd. Ter voorbereiding op de analyse van de longitudinale gegevensset zal dan eerst worden gekeken naar de stabiliteit van de eenzaamheidsschaal. Vervolgens zal dieper worden ingegaan op verschuivingen in de intensiteit van eenzaamheid; als gevolg van het meemaken van belangrijke levensgebeurtenissen in de periode tussen de beide meetmomenten zoals het overlijden van de partner, een toename of een afname van de omvang van het sociaal netwerk, een uitbreiding dan wel een inkrimping van de gemiddelde frequentie van ontvangen instrumentele of emotionele steun, dan wel een verbetering of verslechtering in hun gezondheidssituatie. Deze effecten worden via regressieanalyse geanalyseerd om de multivariate samenhangen tussen netwerk- en gezondheidsvariabelen enerzijds en de afhankelijke variabele intensiteit van eenzaamheid op t_2 nader te bepalen. In deze regressieanalyse worden de karakteristieken van de uitgangssituatie op t_1 overigens expliciet meegenomen. We beogen de *veranderingen* in de verklarende variabelen in te brengen zodanig dat gecorrigeerd wordt voor de beginsituatie t_1. Op deze wijze werkend kunnen we plafondeffecten vermijden.

3. Resultaten

3.1. Cross-sectionele analyse

In tabel 1 is de gemiddelde eenzaamheidsscore op t_1 naar leeftijd weergegeven, rekening houdend met de partnerstatus van de ondervraagde vrouwen en mannen.

Tabel 1. De gemiddelde eenzaamheidsscores in 1992 (t_1) naar sekse, leeftijd en partnerstatus

	vrouwen met partner		vrouwen zonder partner		mannen met partner		mannen zonder partner	
	n	*M*	*n*	*M*	*n*	*M*	*n*	*M*
55-59 jaar	199	1,3	42	3,3	199	1,6	22	4,0
60-64	187	1,5	70	3,0	208	1,4	29	3,6
65-69	169	1,6	98	3,3	191	1,4	21	3,8
70-74	121	2,2	96	2,8	188	1,6	28	3,3
75-79	98	2,1	149	3,2	218	1,8	59	3,9
80-84	59	1,9	209	3,0	166	2,1	69	4,0
Totaal	833	1,7	664	3,1	1170	1,6	228	3,8

Tabel 1 toont in de eerste plaats de betekenis van partnerstatus voor de intensiteit van de gevoelens van eenzaamheid: mensen met een partner zijn gemiddeld veel minder eenzaam dan mensen zonder partner. Dit geldt zowel voor de vrouwen als voor de mannen en vormt een bevestiging van eerder vastgestelde verbanden. Onder de mensen zonder een partner hebben mannen een significant hoger gemiddelde eenzaamheidsscore (3,8) dan vrouwen (3,1) (t = -3,47 , p < 0,001). Onder de mensen met een partner hebben mannen een lagere gemiddelde eenzaamheidsscore (1,6) dan vrouwen (1,7); dit verschil blijkt echter niet significant te zijn (t = 0,66 , p > 0,10). De gemiddelde eenzaamheidsscores voor mannen en vrouwen *met een partner* is hoger voor hogere leefijdscategorieën; dit effect is significant: r vrouwen = 0,11, p < 0,01 en r mannen = 0,09, p < 0,01. De samenhang tussen leeftijd en eenzaamheid is voor mannen en vrouwen *zonder partner* niet significant (r vrouwen = 0,02 en r mannen = 0,04). Verder is gebleken dat binnen elk van de leeftijdscategorieën de gemiddelde eenzaamheidsscore voor mensen met een slechtere gezondheid hoger uitvalt dan voor mensen die een goede gezondheid rapporteren (t-waarden variërend tussen 2,6 en 6,4). Binnen elk van de onderscheiden gezondheidscategorieën blijkt ook een significante correlatie te worden aangetroffen tussen eenzaamheid en leeftijd: r = 0,12 , p < 0,001 respectievelijk r = 0,10 , p < 0,001.

Voor wat betreft het effect van leeftijd op eenzaamheid zouden we uit de tot nu toe gepresenteerde cijfers mogen concluderen dat eenzaamheid, bij het constant houden van andere factoren, langzaam toeneemt met het ouder worden. Dit geldt vermoedelijk onafhankelijk van de gezondheidssituatie, en dit geldt voor mensen met een partner. Onder de partnerlozen daarentegen is de samenhang tussen leeftijd en eenzaamheidsintensiteit wellicht te verwaarlozen.

3.2. Longitudinale analyse; stabiliteit van de meetinstrumenten

Uit de hoogte van de test-retest-correlaties[2] blijkt dat de verschillende metingen redelijk stabiel zijn over de testperiode van één jaar. De relatief hoge test-retest-correlatie voor eenzaamheid (0,72) kan een teken zijn van de kwaliteit van de gebruikte schaal. Eerder in deze studie werd vastgelegd dat de betrouwbaarheid en de interne consistentie van de eenzaamheidsschaal op t_1 en t_2 acceptabel zijn. We kunnen stellen dat hiermee de kwaliteit van de eenzaamheidsschaal voor gebruik in deze longitudinale studie voldoende is onderbouwd.

Het is niet eenvoudig een uitspraak te doen over de vraag of de test-retest-correlatie van 0,72 voor eenzaamheid over één jaar vergelijkbaar is met wat in andere studies is gevonden, omdat de gehanteerde meetinstrumenten voor eenzaamheid verschillen, evenals de tijdsperioden tussen test en retest en de bestudeerde onderzoekscategorieën. In het algemeen kan gesteld worden dat de sterkte van de test-retest-correlaties afneemt met de tijd die verstreken is tussen t_1 en t_2 (Lord & Novick, 1968). Jones en Moore (1987) rapporteren een test-retest-correlatie van 0,71 voor de 20-item UCLA-eenzaamheidsschaal over een periode van twee maanden en afgenomen aan studenten, terwijl Spitzberg en Hurt (1987) met dezelfde schaal en eenzelfde populatie van ondervraagden, een test-retest-correlatie van 0,77 noteren over een periode van veertien weken. In hun studie onder alcoholisten rapporteren Akerlind en Hörnquist (1989) een rest-retest-correlatie van 0,52 over een periode van twee jaar en met gebruikmaking van een 9-item eenzaamheidsschaal.

De correlaties tussen eenzaamheid enerzijds en de indicatoren van het sociale netwerk en van gezondheid anderzijds voor respectievelijk tijdstip t_1 en t_2 zijn steeds negatief en significant. Opvallend is dat de sterkte van de bedoelde correlaties zoals gemeten op t_1 en t_2 in grote lijnen overeenstemmen. Met andere woorden, de betekenis van (a) de aanwezigheid van een partner, (b) een grotere omvang van het sociaal netwerk, (c) een gemiddeld royaler verkregen emotionele en/of instrumentele ondersteuning en (d) een positievere inschatting van de eigen gezondheid voor het voorkomen van eenzaamheid, is in de tijd niet aan sterke veranderingen onderhevig.

3.3. Longitudinale analyse; effecten van levensgebeurtenissen

Om zicht te verkrijgen op de verschuivingen in de eenzaamheidsscores, bezien we thans de *gemiddelden* zoals op de twee meetmomenten geregistreerd in samenhang met de belangrijkste onafhankelijke variabelen.

Verlies van de partner tijdens dit jaar werd gemeld door 1,8% (n = 21) van de mannen en door 3,2% (n = 25) van de vrouwen. De effecten van deze veranderingen op de eenzaamheidsintensiteitsscores zijn opgenomen in tabel 2, maar ook de eenzaamheidsscores voor die mannen en vrouwen die geen wijziging in hun partnerstatus hebben ervaren in het bestudeerde tijdsinterval zijn in deze tabel aan te treffen. Vanwege het geringe aantal ondervraagden dat een nieuwe partnerrelatie is aangegaan in het bestudeerde tijdsinterval (9 mannen en 5 vrouwen), zullen we deze gegevens hier niet afzonderlijk vermelden.

Tabel 2. De gemiddelde scores op eenzaamheid in 1992 (t_1) en 1993 (t_2), naar sekse en (al of niet verandering in) partnerstatus

	t_1	t_2	t
verlies partner in periode tussen t_1 en t_2			
vrouwen (n = 25)	2,3	3,4	-2,4*
mannen (n = 21)	2,8	3,4	-1,0
partnerstatus ongewijzigd tussen t_1 en t_2			
vrouwen +p (n = 748)	1,6	1,4	3,0**
mannen +p (n = 1065)	1,6	1,4	2,2*
vrouwen -p (n = 626)	3,0	2,9	1,4
mannen -p (n = 205)	3,9	3,8	0,5

* $p < 0{,}05$, ** $p < 0{,}01$

N.B. -p betekent 'partnerloos'; +p betekent met 'partner'.

Mensen die in de periode tussen t_1 en t_2 het verlies van de partner meemaakten, worden volgens de gegevens van tabel 2 gekenmerkt door een gemiddeld hogere intensiteit van eenzaamheid op t_2 dan op t_1. (De verschillen voor vrouwen zijn significant, die voor mannen niet.) Tot zover zijn de gegevens niet in strijd met de door ons geformuleerde hypothesen 1 en 2.

Bezien we nu de situatie voor de mensen die in de bedoelde periode geen verandering in partnerstatus hebben meegemaakt. We constateren dan allereerst dat de oudere mannen en vrouwen *met een partner* op zowel t_1 als t_2, overwegend *niet* ongeveer gelijk gebleven zijn in gemiddelde eenzaamheidsscore – zoals wij in hypothese 3 hadden verwacht – of iets gestegen zijn in gemiddelde eenzaamheidsscores – zoals we verwacht hadden naar analogie van de cross-sectionele gegevens van tabel 1 – ; de gemiddelde eenzaamheidsscores van de ouderen met een partner op zowel t_1 als op t_2, zijn *in de bedoelde periode significant gedaald.* Voor de oudere mannen en vrouwen *zonder partner* op t_1 èn op t_2 constateren we geen significante verschuivingen in de gemiddelde eenzaamheidsscores over de bedoelde periode van omstreeks één jaar. In dit opzicht komt deze bevinding overeen met het in hypothese 3 gestelde.

Gebeurtenissen op het domein van de gezondheid komen in tabel 3 aan de orde. Voor mensen die al of niet een verandering in hun gezondheidstoestand hebben gerapporteerd tussen t_1 en t_2, is nagegaan welke effecten daaraan verbonden zijn voor hun eenzaamheidsscores.

Tabel 3. De gemiddelde eenzaamheidsscores in 1992 (t_1) en 1993 (t_2) naar al of niet verandering in subjectief ervaren gezondheid tussen t_1 en t_2

	t_1	t_2	t
gezondheid verslechterd t_1 goed, t_2 slechter (n = 317)	2,0	2,0	0,3
gezondheid verbeterd t_1 slecht, t_2 beter (n = 248)	2,5	2,3	2,1*
gezondheid onveranderd t_1 goed, t_2 goed (n = 1575)	1,7	1,6	2,5*
gezondheid onveranderd t_1 slecht, t_2 slecht (n = 749)	3,1	2,9	2,2*

* $p < 0{,}05$

Mensen die op t_1 een goede gezondheid rapporteren en op t_2 een slechtere gezondheid – het afnemen van de gezondheid bij het ouder worden is conform de verwachting – vertonen geen significante toename van de gemiddelde eenzaamheidsscores. Deze uitkomst is niet in overeenstemming met hypothese 1. Oudere mannen en vrouwen die op t_1 een slechte gezondheid rapporteren en op t_2 een betere gezondheid, vertonen een daling in gemiddelde eenzaamheidsscores, hetgeen in overeenstemming is met hypothese 2. De uitkomsten voor de mensen die een onveranderde gezondheidssituatie rapporteren, blijken echter niet in overeenstemming met de verwachting zoals geformuleerd in hypothese 3. Een onveranderde gezondheidssituatie heeft niet geresulteerd in gemiddeld dezelfde (of iets hogere) eenzaamheidsscores op t_2 als op t_1. Die ouderen die op t_1 en t_2 eenzelfde gezondheidssituatie rapporteren – hetzij in beide gevallen slecht, hetzij in beide gevallen goed – vertonen gemiddeld bezien een significant lagere eenzaamheidsscore op t_2 dan op t_1.

3.4. Evaluatie

Wanneer we resultaten samenvatten van de longitudinale analyses zoals tot nu toe uitgevoerd, kan gesteld worden dat de effecten van majeure levensgebeurtenissen op ervaren eenzaamheid duidelijk herkenbaar zijn en in de bedoelde richting. Zeer opvallend is verder dat de grote groep van ondervraagden die *geen* majeure levensgebeurtenissen in het afgelopen jaar hebben meegemaakt, gemiddeld *lagere* eenzaamheidsscores realiseren na afloop van dat jaar. We zullen nagaan of voor deze daling op de eenzaamheidsscores een verklaring gevonden kan worden. Voor die mensen die geen majeure veranderingen in partnerstatus hebben meegemaakt tussen t_1 en t_2 gaan we de effecten na van veranderingen in de omvang van het sociale netwerk, de ontvangen sociale ondersteuning en in gezondheid, terwijl de eenzaamheidsintensiteit op t_1 als belangrijkste karakteristiek van de uitgangssituatie in de analyse wordt betrokken. We beogen daarmee de *veranderingen* in de verklarende variabelen in te brengen zodanig dat gecorrigeerd wordt voor de beginsituatie t_1.

3.5. Regressieanalyses

In tabel 4 zijn de resultaten van regressie-analyses weergegeven, uitsluitend voor die ondervraagden die tussen t_1 en t_2 geen veranderingen in hun partnerstatus hebben ondergaan[3]. Hierbij is voor de naar zijn aard scheve eenzaamheidsschaal de natuurlijke logaritmc-transformatie gebruikt. We presenteren de resultaten afzonderlijk voor de categorieën van vrouwen met partner, mannen met partner, vrouwen zonder partner en mannen zonder partner.

Voor de categorie van vrouwen met partner, met een gemiddelde eenzaamheidsscore op t_1 van 1,6 en op t_2 van 1,4 blijken verschillende factoren een significante bijdrage te leveren aan de verklaring van de intensiteit van eenzaamheid op t_2. Minder eenzaamheid op t_2 hangt samen met de volgende verandering: een toename van het aantal netwerkleden. We vinden ook een samenhang met de algemene gezondheid op t_1: hoe beter de gezondheid op dat tijdstip, hoe lager de intensiteit van eenzaamheid op t_2.

Ook voor mannen met een partner constateerden we een afname in de intensiteit van eenzaamheid: op t_1 een eenzaamheidsscore van 1,6 en op t_2 een score van 1,4. Tabel 4 laat zien dat we voor deze afname geen adequate verklaring kunnen vinden in termen van opgetreden veranderingen. Voor deze categorie mannen blijkt eenzaamheid op t_2 uitsluitend samen te hangen met kenmerken van de beginsituatie, meer in het bijzonder de omvang van het netwerk op t_1 (hoe groter het netwerk, hoe minder eenzaam).

Onder de partnerloze vrouwen vonden we tussen t_1 en t_2 geen significante verandering in eenzaamheid. De scores waren respectievelijk 3,0 en 2,9. Voor deze categorie geldt dat een toename van het aantal netwerkleden, een toename van ontvangen emotionele steun en een verbetering van de algemene gezondheid samenhangt met minder eenzaamheid op t_2. Verder blijken de volgende kenmerken op t_1 relevant te zijn: een groter netwerk op t_1 en een hogere gemiddelde frequentie van ontvangen emotionele steun op t_1 hangen samen met minder eenzaamheid op t_2 en evenzo hangt een relatief gunstige beoordeling van de gezondheid op t_1 samen met minder eenzaamheid op t_2.

Tot slot bespreken we de resultaten voor de partnerloze mannen. Bij hen is de gemiddelde intensiteit van eenzaamheid tussen de twee meetmomenten niet significant gewijzigd: een score van 3,9 op t_1 en een score van 3,8 op t_2. Tabel 4 toont voor deze categorie echter zowel positieve als negatieve significante coëfficiënten. Wellicht is sprake van een ogenschijnlijke afwezigheid van verandering van eenzaamheid als gevolg van tegengestelde processen: vermindering naast versterking. Een vermindering van eenzaamheid hangt dan samen met een toename tussen t_1 en t_2 van het aantal netwerkleden. Een versterking hangt dan samen met een ervaren verslechtering van de algemene gezondheid.

We startten deze analyse met de vraag naar een mogelijke verklaring van de geconstateerde afname in eenzaamheidsgevoelens in de onderzochte periode. Gegeven deze afname in eenzaamheid, verwachtten we in de regressie-analyses overwegend negatieve samenhangen met de onderzochte karakteristieken aan te treffen. Die troffen we ook aan. De resultaten lieten zien dat *veranderingen* in de omvang van het netwerk, ondersteuning en gezondheid slechts gedeeltelijk een verklaring bieden voor de mate van eenzaamheid op t_2. Kenmerken van de *beginsituatie* blijken evenzeer relevant te zijn.

4. Conclusie en discussie

De hier gerapporteerde studie is opgezet om na te gaan of veranderingen in eenzaamheid van ouderen in de tijd gezien, gekoppeld kunnen worden aan veranderingen die zich in dezelfde periode voordoen in kenmerken van het sociale netwerk en van gezondheid. De hypothesen zoals opgesteld, hielden in dat de veranderingen in eenzaamheid *uitsluitend* zouden moeten optreden onder *specifieke* condities van bijbehorende veranderingen in het sociale netwerk en de gezondheid. In alle overige gevallen verwachtten we geen verandering of een lichte stijging in eenzaamheid.

Tabel 4. Eenzaamheid op t_2 voorspeld vanuit eenzaamheid, netwerkkenmerken en gezondheid op t_1 en veranderingen daarin tussen t_1 en t_2

	vrouwen +p (n = 748)	mannen +p (n = 1065)	vrouwen -p (n = 626)	mannen -p (n = 205)
	β	β	β	β
eenzaamheid t_1	0,63***	0,57***	0,63***	0,61***
netwerkomvang				
t_1	-0,02	-0,11**	-0,09*	-0,06
toename t_1 - t_2	-0,07*	-0,05	-0,06*	-0,14*
afname t_1 - t_2	-0,00	0,02	0,04	0,04
gem. ontv. instr. steun				
t_1	-0,04	-0,04	-0,03	-0,10
toename t_1 - t_2	-0,04	-0,02	0,04	-0,03
afname t_1 - t_2	-0,00	0,02	-0,02	-0,02
gem. ontv. emot. steun				
t_1	-0,00	-0,06	-0,11**	-0,07
toename t_1 - t_2	0,06	-0,03	-0,12**	-0,04
afname t_1 - t_2	0,04	0,01	0,03	0,00
gezondheid algemeen				
t_1	-0,10**	-0,02	-0,12**	-0,08
verbetering t_1 - t_2	-0,06	-0,02	-0,07*	0,08
verslechtering t_1 - t_2	0,01	0,02	0,02	0,14*
R^2	0,46	0,39	0,53	0,49

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

N.B. -p betekent 'partnerloos'; +p betekent 'met partner'.

In een panel-onderzoek werden 2895 vrouwen en mannen tussen 54 en 90 jaar oud, twee maal uitgebreid ondervraagd over onder andere hun leefvormen, sociale netwerken, gezondheid en eenzaamheid. De analyses op het aldus verkregen materiaal werden gestart met een controle op de *stabiliteit* van de antwoorden van de ondervraagden op de centrale meetinstrumenten zoals in deze studie gehanteerd. De hoogte van de test-retest-correlatiecoëfficiënt van de eenzaamheidsscores op t_1 en t_2 is bepaald goed te noemen, zeker ook in vergelijking met de resultaten van andere longitudinale onderzoekingen.

De resultaten van de meer specifieke analyses waaronder de multivariate analyses zijn deels conform de geformuleerde hypothesen, deels daarmee in tegenspraak. *Veranderingen* in het netwerk van sociale relaties en in gezondheid gaan gepaard met 'passende' veranderingen in de eenzaamheidsscores. Mensen die in de genoemde periode geconfronteerd werden met het verlies van de partner, hebben op t_2 een hogere eenzaamheidsscore dan op t_1 (afhankelijk van de aantallen mensen die dit betreft zijn de verschillen significant of niet significant). Iets der-

gelijks treffen we aan voor een gerapporteerde verbetering van de gezondheidssituatie tussen de twee meetmomenten: de gemiddelde eenzaamheidsscores zijn dan op t_2 significant lager dan op t_1. We kunnen samenvattend stellen dat de hypothesen 1 en 2 niet volledig onderbouwd kunnen worden, maar dat een tendens in de bedoelde richting in de meeste gevallen werd aangetroffen.

Veranderingen in de eenzaamheidsscores tussen t_1 en t_2 – en wel *lagere scores* – worden echter ook aangetroffen onder condities waarin we dat niet hadden verwacht, namelijk wanneer geen majeure gebeurtenissen op het terrein van de sociale relaties of van gezondheid hebben plaatsgevonden. Argumenten voor de verklaring van deze uitkomst kunnen van velerlei aard zijn en een aantal hiervan zullen achtereenvolgens kort worden aangestipt. Uiteraard is nader onderzoek noodzakelijk om het werkelijkheidsgehalte van de verschillende argumenten nader te verkennen. Een eerste veronderstelling zou kunnen zijn dat de bestudeerde majeure levensgebeurtenissen verkeerd gekozen zijn; deze veronderstelling gaat voorbij aan het feit dat juist de kenmerken van het sociale netwerk en van gezondheid algemeen worden gerekend tot de belangrijkste determinanten van eenzaamheid. Een tweede set van veronderstellingen zoekt de verklaring voor deze onverwachte uitkomst in vertekeningen zoals resulterend uit de specifieke waarnemingssituatie van het panelonderzoek, in het bijzonder de daaraan gekoppelde meeteffecten. Zo sluit de door ons gehanteerde methode voor de meting van de stabiliteit van de meetinstrumenten via een test-retest-correlatiecoëfficiënt de mogelijkheid uit van het onderscheiden van random en systematische fouten, zoals bijvoorbeeld het Socrates-effect, als onderdeel van de meetinstrument-instabiliteit. In dit verband zijn door Steenkamp en Van Trijp (1991) en door Rudinger en Rietz (1993) voorstellen uitgewerkt om de betrouwbaarheid en stabiliteit van meetinstrumenten in panelonderzoek nader te analyseren. Daarnaast is uitgebreider onderzoek nodig naar de effecten van response-styles van de ondervraagden, die de panelstabiliteit van antwoorden op meetinstrumenten kunnen beïnvloeden. Terzake is reeds empirisch onderzoek verricht door: Greenleaf (1992), Warriner (1991), Catania, Gibson, Chitwood en Coates (1990), Rodgers (1982) en door Porst en Zeifang (1987). Om deze effecten nader te onderzoeken zal de inzet van een 'auxiliary-measurement' theorie (Blalock, 1982) noodzakelijk zijn. Nader onderzoek is verder nodig om na te gaan of de herhaalde ondervraging van oudere mensen over het netwerk van sociale relaties niet heeft geleid tot een 'leereffect': een reflecteren over het belang van het sociale netwerk en hun attitudes terzake. In dit geval zou het herhaalde ondervragen met behulp van dezelfde meetinstrumenten dus ook geleid kunnen hebben tot een wijziging van attitudes (en eventueel gedrag) in de kennelijk door de onderzoekers meer positief gewaardeerde richting van niet of minder eenzaamheid.

Ook uit de theorie rond het ontstaan en voortbestaan van eenzaamheid zijn enkele suggesties voor de verklaring van de onverwacht lagere eenzaamheidsscores op t_2, in vergelijking met t_1, af te leiden. Eenzaamheid is gekoppeld, zoals ook in dit artikel aan de orde gesteld, aan het subjectief ervaren van een *gemis* aan (kwaliteit) van bepaalde sociale relaties. In dit evaluatieproces spelen de gehanteerde standaards voor sociale relaties zoals gewenst een cruciale rol (Dykstra, 1990, 1995). Een herhaalde ondervraging over de omvang en de kwaliteit van het

sociale netwerk zoals gerealiseerd, kan voor mensen die in de genoemde periode niet geconfronteerd werden met majeure levensgebeurtenissen, mogelijk leiden tot een meer positieve evaluatie van de eigen situatie dan voorheen wellicht het geval was. Hierbij speelt het mechanisme van bijstelling, meer specifiek van opwaardering van de standaards, gepaard gaande aan incongruentie-reductie: 'ik mag mezelf wel gelukkig prijzen, ik heb een fijn netwerk van sociale contacten, ik ben nog gezond en dit in tegenstelling tot zoveel anderen om ons heen.' Verschillende processen kunnen hier een rol spelen. Een daarvan is sociale vergelijking, de evaluatie van de eigen situatie ten opzichte van die van leeftijdgenoten. De eigen situatie wordt als gunstiger beoordeeld dan die van andere ouderen. Een ander proces betreft individuele verwachtingen, meer in het bijzonder, de verwachtingen omtrent het ouder worden. De beleving van de oude dag is positiever dan door de betrokkene zelf was voorzien.

Noten

1. Deze studié maakt gebruik van data die zijn verzameld in de context van het onderzoeksprogramma NESTOR-LSN 'Leefvormen en sociale netwerken van ouderen'. Dit onderzoek wordt uitgevoerd binnen de vakgroepen Sociologie & Sociale Gerontologie en Methoden & Technieken van Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek, Vrije Universiteit, Amsterdam, en het Nederlands Interdisciplinair Demografisch instituut in Den Haag. Het onderzoeksprogramma wordt financieel mogelijk gemaakt door NESTOR, het Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek. De eerste auteur is direkteur van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) te Den Haag en tevens als hoogleraar verbonden aan de Vakgroep Mthoden en Technieken van Sociaal-wetenschappelijk Onderzoek van de Vrije Universiteit te Amsterdam. De tweede auteur is als senior onderzoeker werkzaam op de NIDI.
2. *Test-retest en paarsgewijze correlaties van eenzaamheid, indicatoren van het sociale netwerk en van gezondheid (n = 2895)*

	Test-retest	met eenzaamheid t_1	met eenzaamheid t_2
eenzaamheid	0,72**	-	-
sociaal netwerk			
partnerstatus	0,95**	-0,29**	-0,31**
omvang netwerk	0,63**	-0,29**	-0,30**
emot. steun ontvangen	0,54**	-0,27**	-0,30**
instr. steun ontvangen	0,46**	-0,18**	-0,19**
subjectieve gezondheid	0,60**	-0,24**	-0,20**

** $p < 0,01$

De hoge test-retest correlatie voor wat betreft partnerstatus mag geen verbazing wekken; deze metingen zijn gebaseerd op de gegevens van een objectief waarneembare status, die over een jaar bezien ook niet aan al te veel schommelingen onderhevig is. Interessant is de relatief hoge test-retest correlatie zoals deze voor eenzaamheid werd aangetroffen. Zowel de meting van gezondheid als van eenzaamheid is gebaseerd op een subjectieve schatting van de betrokkenen; hierin kan geen verklaring voor de verschillende sterkten van de test-retest correlaties gevonden worden voor respectievelijk eenzaamheid en gezondheid. Mogelijk is het verschil in aantal gehanteerde items per meetinstrument hier relevant: voor gezondheid is een één-item meetinstrument gebruikt, de eenzaamheidsschaal daarentegen is opgebouwd uit 11 items.

3. De 'stepwise' procedure is gevolgd. Bij iedere stap zijn mogelijke veranderingen in de regressie-coëfficiënten zorgvuldig bekeken. Gegeven de betrekkelijk hoge correlatie tussen eenzaamheid op t1 een eenzaamheid op t2 is het immers belangrijk te controleren voor niet-systematische effecten (extreme 'sprongen'). Deze werden niet geconstateerd. Tabel 4 geeft de resulaten van de laatste analysestap.

Literatuur

Akerlind, I. & Hörnquist, J.O. (1989). Stability and change in feelings of loneliness: A two-year prospective longitudinal study of advanced alcohol abusers. *Scandinavian Journal of Psychology, 30*, 102-112.

Andersson, L. (1982). Interdisciplinary study of loneliness with evaluation of social contacts as a means towards improving competence in old age. *Acta Sociologica, 25*, 75-80.

Bethlehem, J.G., & Kersten, H.M.P. (1986). *Werken met non-respons.* Dissertatie Universiteit van Amsterdam.

Blalock, H.M. (1982). *Conceptualization and Measurement in the social sciences.* London: Sage.

Catania, J.A., Gibson, D.R., Chitwood, D.D. & Coates, T.J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. *Psychological Bulletin, 108*, 339-362.

Cochran, M., Larner, M., Riley, D., Gunnarson, L. & Henderson, C.R. (1990). *Extending families: The social networks of parents and their children.* Cambridge: University Press.

Creecy, R.F., Berg, W.E. & Wright, R. Jr. (1985). Loneliness among the elderly: A causal approach. *Journal of Gerontology, 40*, 487-493.

Cutrona, C.E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 291-309). New York: Wiley.

Dean, L.R. (1962). Aging and the decline of affect. *Journal of Gerontology, 17*, 440-446.

Dykstra, P.A. (1990). *Next of (non)kin: The importance of primary relationships for older adults' well-being.* Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Dykstra, P.A. (1995). Loneliness among the never and formerly married: The importance of supportive friendships and a desire for independence. *Journal of Gerontology, 50B*, S321-S329.

Gerritsen, L. & Jong Gierveld, J. de (1995). Validating the De Jong Gierveld's Loneliness Measuring Instrument: Young adults' concepts of loneliness investigated by means of the vignette technique. In J.J. Hox & W. Jansen (Eds.), *Measurement problems in social and behavioral research* (pp. 89-113). Amsterdam: SCO-Kohnstamm.

Greenleaf, E.A. (1992). Improving rating scale measures by detecting and correcting bias components in some response styles. *Journal of Marketing Research, XXIX*, 176-188.

Herzog, A.R., & Rodgers, W.L. (1988). Age and response rates to interview sample surveys. *Journal of Gerontology, 43*, S200-205.

Jagodzinski, W., Kühnel, S.M. & Schmidt, P. (1987). Is there a 'Socratic Effect' in nonexperimental panel studies? *Sociological Methods & Research, 15*, 259-302.

Jones, W.H. & Moore, T.L. (1987). Loneliness and social support. In M. Hojat & R. Crandall (Eds.), Loneliness: Theory, research and applications. [Special issue]. *Journal of Social Behavior and Personality, 2* (2, Pt. 2), 145-156.

Jong Gierveld, J. de (1969). *De ongehuwden; een sociologisch onderzoek naar de levensomstandigheden en levensinstelling van ongehuwde mannen en vrouwen.* Dissertatie Vrije Universiteit, Alphen aan den Rijn: Samsom, 301 pp.

Jong Gierveld, J. de (1980). *Het begrip eenzaamheid in theorie en praktijk.* Deventer: Van Loghum Slaterus.

Jong Gierveld, J. de (1984). *Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek.* Deventer: Van Loghum Slaterus.

Jong Gierveld, J. de & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement, 9,* 289-299.

Jong Gierveld, J. de & Tilburg, T.G. van (1987). Het meten van persoonlijke ervaringen en gevoelens in vragenlijstonderzoek: een studie naar het functioneren van de eenzaamheidsschaal in verschillende onderzoekingen. In J. de Jong Gierveld & J. van der Zouwen (Red.), *De vragenlijst in sociaal onderzoek: een confrontatie van onderzoekspraktijk en -methodiek* (pp. 67-83). Deventer: Van Loghum Slaterus.

Jong Gierveld, J. de & Zouwen, J. van der (1987). De vragenlijst in het sociaal onderzoek: Een signalement van enkele validiteitsproblemen en een poging tot structurering van oplossingen. In J. de Jong Gierveld & J. van der Zouwen (Red.), *De vragenlijst in het sociaal onderzoek,* (pp. 199-207). Deventer: Van Loghum Slaterus.

Jong Gierveld, J. de, Kamphuis, F. & Dykstra, P.A. (1987). Old and lonely? *Comprehensive Gerontology, 1,* 13-17.

Jong Gierveld, J. de & Tilburg, T.G. van (1992). Triangulatie in operationaliseringmethoden. In G.J.N. Bruinsma & M.A. Zwanenburg (Red.), *Methodologie voor bestuurskundigen; stromingen en methoden,* (pp. 273-298). Muiderberg: Coutinho.

Jong Gierveld, J. de & Tilburg, T.G. van (1995). Social relationships, integration, and loneliness. In C.P.M. Knipscheer, J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg & P.A. Dykstra (Eds.), *Living arrangements and social networks of older adults* (pp. 155-172). Amsterdam, VU University Press.

Kivett, V.R. (1979). Discriminators of loneliness among the rural elderly: Implications for intervention. *The Gerontologist, 19,* 108-115.

Lee, G.R. & Ishii-Kuntz, M. (1987). Social interaction, loneliness and emotional well-being among the elderly. *Research on Aging, 9,* 459-482.

Lopata, H.Z. (1980). Loneliness in widowhood. In J. Hartog, J.R. Audy & Y.A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 237-258). New York: International Universities Press.

Leeuw, E.D. de (1992). *Data quality in mail, telephone and face to face surveys.* Dissertatie Vrije Universiteit, Amsterdam.

Lord, F.M. & Novick, M.R. (1968). *Statistical theories of mental test scores.* Reading, M.A.: Addison-Wesley.

Lund, D.A., Caserta, M.S. & Dimond, M.F. (1993). The course of spousal bereavement in later life. In M.S. Stroebe, W. Stoebe & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 240-254). Cambridge: University Press.

Margulis, S.T., Derlega, V.J. & Winstead, B.A. (1984). Implications of social-psychological concepts for a theory of loneliness. In V.J. Derlega (Ed.), *Communication, intimacy, and close relationships* (pp. 133-160). San Francisco: Academic Press.

McGuire, W.J. (1960). Cognitive consistency and attitude change. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 3,* 345-353.

Mullins, L.C., Johnson, D.P. & Andersson, L. (1987). Loneliness of the elderly: The impact of family and friends. In M. Hojat & R. Crandall (Eds.), Loneliness: Theory, research and applications. [Special issue]. *Journal of Social Behaviour and Personality, 2* (2, Pt. 2), 225-238.

Nokes, K.M. & Kendrew, J. (1990). Loneliness in veterans with AIDS and its relationship to the development of infections. *Archives of Psychiatric Nursing 4,* 271-277.

Perlman, D. (1988). Loneliness; A life-span, family perspective. In R.M. Milardo (Ed.), *Families and social networks* (pp. 190-220). London: Sage.

Perlman, D., Gerson, A.C. & Spinner, B. (1978). Loneliness among senior citizens: An empirical report. *Essence, 2,* 239-248.

Perlman, D. & Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships 3: Personal relationships in disorder* (pp. 31-56). London: Academic.

Porst, R. & Zeifang, K. (1987). A description of the German general social survey test-retest study and a report on the stabilities of the sociodemographic variables. *Sociological Methods & Research, 15,* 177-218.

Rodgers, J.L. (1982), The rescission of behaviors: Inconsistent responses in adolescent sexuality data. *Social Science Research, 11,* 280-296.

Rudinger, G. & Rietz, C. (1993). Und mal wieder: Reliabilität und Stabilität in Panelmodellen. *ZUMA-Nachrichten 32, 17,* 60-73.

Russell, D., Peplau, L.A. & Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 472-480.

Russell, D. (1982). The measurement of loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness, a sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 81-104). New York: Wiley.

Schwarz, N. (1990). What respondents learn from scales: The informative functions of response alternatives. *International Journal of Public Opinion Research, 2,* 274-285.

Shaver, P., Furman, W. & Buhrmeister, D. (1985). Transition to college: Network changes, social skills, and loneliness. In S. Duck & D. Perlman (Eds.), *Understanding personal relationships: An interdisciplinary approach* (pp. 193-219). London: Sage.

Spitzberg, B.H., & Hurt, H.T. (1987). The relationship of interpersonal competence and skills to reported loneliness across time. In M. Hojat & R. Crandall (Eds.), Loneliness: Theory, research and applications. [Special issue]. *Journal of Social Behavior and Personality, 2* (2, Pt. 2), 157-172.

Steemers-van Winkoop, M.W.H. (1986). *Eenzaamheid, voorrecht van een enkeling, noodlot van velen.* Assen: Van Gorcum.

Steenkamp, J.-B. E.M. & Trijp, H.C.M. van (1991). The use of LISREL in validating marketing constructs. *International Journal of Research in Marketing, 8,* 283-299.

Stevens, N.L. (1989). *Well-being in widowhood: A question of balance.* Dissertation, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Stevens, N.L. (1990). Widowhood, well-being and the quality of primary relationships. In C.P.M. Knipscheer & T.C. Antonucci (Eds.), *Social networks research: Substantive issues and methodological questions* (pp. 83-99). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Stoller, E.P. & Pugliesi, K.L. (1991). Size and effectiveness of informal helping networks: A panel study of older people in the community. *Journal of Health and Social Behavior, 32,* 180-191.

Tilburg, T.G. van (1988). *Verkregen en gewenste ondersteuning in het licht van eenzaamheidservaringen.* Dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam.

Tilburg, T.G. van & Leeuw, E.D. de (1991). Stability of scale quantity under various data collection procedures: A mode comparison on the 'De Jong Gierveld Loneliness Scale'. *International Journal of Public Opinion Research, 3,* 69-85.

Tornstam, L. (1992). Loneliness in marriage. *Journal of Social and Personal Relationships, 9,* 197-217.

Tunstall, J. (1966). *Old and alone.* London: Routledge & Kegan Paul.

Warriner, G.K. (1991). Accuracy of self-reports to the burdensome question: Survey response and nonresponse error trade-offs. *Quality & Quantity, 25,* 253-269.

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation.* Cambridge, MA: MIT Press.